

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 277

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} août 1882 à 1 heure.

PAR M. BERNARD-LAURENT HEON

Né à Bréal (Manche), le 21 décembre 1853

DE LA

NÉVRALGIE CIRCONFLEXE OU AXILLAIRE

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM. { ROBIN, professeur.
DEBOVE, GRANCHER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1882

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BAILL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIL.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

DE LA

NÉVRALGIE CIRCONFLEXE OU AXILLAIRE

On chercherait vainement dans les auteurs classiques une description détaillée de la névralgie circonflexe. La plupart ne lui accordent pas même une simple mention. D'autres se bornent à indiquer que le nerf circonflexe peut, au même titre que les diverses branches terminales du plexus brachial, devenir le siège d'une névralgie, et ne lui consacrent même pas un paragraphe spécial dans l'histoire de la névralgie cervico-brachiale. Cette dernière maladie elle-même est, le plus souvent, décrite d'une façon sommaire, et pour en connaître l'histoire détaillée, il faut avoir recours aux traités spéciaux, celui de Valleix ou d'Axenfeld par exemple.

Valleix, dans la description qu'il consacre à la

névralgie du plexus brachial, a su faire la part du nerf circonflexe. Il s'est préoccupé de rechercher le point douloureux qui correspond à cette branche nerveuse; il en a précisé le siège et les limites, et, dans le tableau qu'il consacre à la névralgie cervico-brachiale, le point *circonflexe* ou *deltoïdien* figure en cinquième ligne, après les points *axillaire*, *épitrochléen*, *cubito-carpien* et *radial*, à côté des points qu'il appelle *cervical inférieur* et *post-claviculaire*. Il fixe le point deltoïdien à la partie moyenne et supérieure du muscle deltoïde, et déclare qu'il est, ou très rare ou très difficile à constater. Mais là se borne l'étude de la névralgie du circonflexe et l'auteur semble éprouver le besoin d'excuser cette description ébauchée quand il écrit :

« Le grand nombre de points qui viennent d'être indiqués nous fait déjà pressentir que la névralgie cervico-brachiale doit présenter une grande variété de siège. Mais conviendrait-il, d'après la disposition anatomique, de diviser cette névralgie en autant d'affections distinctes qu'elle peut avoir de sièges différents? Je ne le pense pas. Les communications si larges et si nombreuses de toutes les branches qui concourent à former le plexus brachial m'engagent à le regarder comme un seul et même organe dont les nombreuses divisions peuvent, dans certains cas, être affectées isolément, sans que pour cela la maladie mérite un nom particulier. S'il en était autrement,

pour toutes les névralgies, et même pour la névralgie intercostale, il faudrait admettre des divisions fondées sur de simples exceptions. » (Valleix, *Traité des névralgies*, p. 284.)

Sans méconnaître la justesse de ces réflexions et les inconvénients des subdivisions nosologiques trop multipliées, nous avons cependant pensé qu'il y avait lieu d'étudier à part la névralgie circonflexe ; non pas que nous ayons la prétention de la rejeter hors du cadre de la névralgie cervico-brachiale pour en faire une entité morbide distincte, mais parce que la part qui revient au circonflexe dans certaines névralgies cervico-brachiales nous semble prépondérante.

Cette importance n'avait pas échappé à Romberg (1), qui, dans le chapitre assez court qu'il consacre à la névralgie cervico-brachiale, établit l'existence d'une névralgie scapulaire en tout analogue à la névralgie sciatique. Le parallèle dans lequel il indique les disséminances et les rapports intimes des deux affections méritent de trouver place ici :

« Les névralgies cervico-brachiales correspondent, en tout point, aux névralgies du membre inférieur. Ainsi que Valleix en avait fait la remarque, le nerf cubital est le plus souvent atteint. Il est cependant une affection de l'épaule plus importante à notre avis, sinon

(1) Lehrbuch der nerven Krankheiten der Menschen, Von M. H. Romberg, Berlin, 1843.

plus fréquente. Nous voulons parler d'une névralgie qui offre avec la sciatique de grandes analogies; de même que les fessiers sont intéressés dans la seconde, de même le deltoïde est atteint dans la première. L'une immobilise la hanche, l'autre l'épaule.... Dans la névralgie sciatique, les vertèbres dorsales sont douloureuses à la pression; il en est de même des vertèbres cervicales dans la névralgie cervico-brachiale. Celle-ci, dans les cas rebelles et invétérés, peut, à l'exemple de la sciatique, s'étendre aux nerfs du voisinage, gagner les muscles de l'avant-bras, du bras, les muscles intercostaux, et s'étendre même progressivement aux dentelés et au grand dorsal.»

Un autre argument plaide encore en faveur de la scission que nous proposons : le nerf circonflexe anime le muscle deltoïde; celui-ci est le principal agent des mouvements d'élévation du bras, il est de plus un puissant moyen de protection pour l'articulation de l'épaule. Il existe donc entre ces parties, nerf circonflexe, muscle deltoïde et articulation de l'épaule, une quasi solidarité qui se retrouve en clinique.

Nous verrons plus loin qu'il n'est pas toujours facile de distinguer le rôle de ces divers éléments dans certaines affections de l'épaule. Cette distinction pourtant n'est pas sans importance.

Ayant eu l'occasion d'observer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Dr Tillaux, un cas très net de névralgie limitée au nerf axillaire, nous avons

cru pouvoir faire de cette affection le sujet de notre dissertation inaugurale, et nous nous sommes mis en quête de nouveaux faits. Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans un court espace de temps deux autres exemples de névralgie circonflexe, limitée à ce nerf ou ayant débuté par lui. Malheureusement une de nos malades n'ayant point consenti à entrer à l'hôpital, nous n'avons pu suivre pas à pas la marche de son affection. Cette femme pourtant s'est présentée régulièrement à la consultation de l'hôpital Beaujon, et notre ami et compatriote M. Leprévost, interne du service de M. Tillaux, a pu ainsi prendre son observation qu'il nous a obligeamment communiquée.

Le troisième malade appartenait au service de M. le Dr Labbé; son histoire a été recueillie par M. Gendron, interne des hôpitaux, qui a eu l'amabilité de la mettre à notre disposition.

Ces trois observations, jointes à un cas qui nous est personnel et aux faits, assez rares d'ailleurs, que nous avons rencontrés dans les auteurs, constituent les bases cliniques de notre travail.

Avant d'arriver à la description de la névralgie circonflexe, il nous semble utile d'étudier sommairement l'anatomie du nerf et de la région axillaire. Ces préliminaires faciliteront l'étude que nous entreprenons.

ANATOMIE

I. — NERF CIRCONFLEXE.

Le nerf axillaire ou circonflexe se détache à la partie postérieure et inférieure du plexus brachial, d'un tronc qui lui est commun avec le nerf radial et la branche inférieure du sous-scapulaire. Séparé d'abord de l'articulation scapulo-humérale par le tendon du muscle sous-scapulaire à la face antérieure duquel il est appliqué, il contourne bientôt le bord inférieur de ce muscle, croise le bord supérieur du grand rond ; passe entre la longue portion du triceps brachial et l'humérus, arrive sous le petit rond, puis sous le deltoïde et s'infléchit alors pour se diriger en haut, en avant, et en dedans vers l'angle antérieur et supérieur de ce muscle. Il décrit ainsi une courbe plus que demi-circulaire dont la concavité, tournée en haut et en avant, embrasse le col chirurgical de l'humérus.

Dans ce trajet, le nerf circonflexe fournit deux branches collatérales, le nerf du petit rond et le rameau cutané de l'épaule.

A. — Le nerf du petit rond part du tronc principal au moment où celui-ci croise la longue portion du

triceps brachial. Il se porte aussitôt en haut et en dehors, pénètre dans le petit rond par son bord inférieur.

B. — Le rameau cutané de l'épaule naît du même point que le précédent et assez souvent par un tronc qui lui est commun avec celui-ci. Il se dirige d'abord en arrière, croise le bord postérieur du deltoïde, se réfléchit alors d'arrière en avant, puis se divise en rameaux ascendants qui gagnent la partie supérieure du moignon de l'épaule et marchent à la rencontre des divisions de la branche sus-acromiale du plexus cervical, en rameaux transverses qui contournent le deltoïde, et en rameaux descendants, plus considérables, qui se terminent dans les téguments de la partie inférieure de l'épaule, et supérieure du bras.

C. — Les branches terminales du nerf axillaire s'épuisent dans le deltoïde. Nombreuses et volumineuses, elles affectent, comme les filets du rameau cutané, une direction divergente. Les plus considérables se dirigent en avant ; elles donnent à l'articulation de l'épaule plusieurs ramuscules.

Cette description remarquable, empruntée au traité d'anatomie descriptive du professeur Sappey, doit, au point de vue spécial qui nous occupe, être complétée par quelques considérations sur la topographie de la région à laquelle se distribue le nerf circonflexe. On remarque tout d'abord que ce nerf entre en contact

immédiat avec l'os du bras dans toute la demi-circonférence postérieure du col chirurgical; qu'il court par conséquent de grands risques d'être intéressé dans les fractures de l'humérus, qui ont leur siège en ce point précis. Une autre déduction importante à tirer de ce rapport intime, c'est qu'il est aisé d'exercer sur le trajet de ce nerf, au moment de son enroulement autour de l'extrémité supérieure de l'humérus, une compression dont les effets se font sentir plus particulièrement dans le point où le nerf n'est recouvert que par une couche musculaire plus épaisse. Ce point correspond à la face externe du moignon de l'épaule; or cette face est précisément la plus exposée aux violences extérieures, la plus directement atteinte dans la chute sur le moignon de l'épaule. Dans ce cas particulier, le nerf circonflexe protégé à peine par les fibres musculaires du deltoïde, à travers lesquelles ses filets terminaux se ramifient, se trouve comprimé entre l'os du bras et l'agent vulnérant, le sol par exemple, et si la violence a été énergique, il en peut résulter une véritable attrition de la branche nerveuse. Les douleurs vives qui accompagnent la contusion de l'épaule ne reconnaissent pas d'autres causes, et nous pensons qu'il en est de même de la paralysie isolée du deltoïde, qui survient dans les mêmes circonstances. Seulement, dans ce cas, la violence a été plus grande, l'attrition ou la déchirure du nerf plus considérable; pure affaire

de degré. Nous nous souvenons d'avoir vu à l'hôpital militaire de Versailles un soldat qui, à la suite d'une chute sur le moignon de l'épaule, éprouva dans cette région des douleurs très vives exaspérées surtout par les mouvements. Les massages, les douches de vapeur, les calmants, l'électricité n'empêchèrent pas le deltoïde de s'atrophier au bout de quelque temps. Dans ce cas nous pensons qu'il s'agissait d'une contusion du circonflexe.

II. — REGION SCAPULO-HUMÉRALE.

L'étude de la région scapulo-humérale nous donne la clef de certains phénomènes cliniques, que nous aurons à décrire plus loin ; aussi doit-elle nous arrêter quelques instants :

Les éléments qui entrent dans la composition de cette région sont en procédant de dehors en dedans : 1° la peau, la couche graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose d'enveloppe du muscle deltoïde ; 2° le muscle deltoïde ; 3° une couche de tissu cellulaire lâche et une bourse séreuse spéciale ; 4° les tendons du biceps (longue et courte portion) et le muscle coraco-brachial ; 5° la capsule articulaire ; 6° la tête humérale et la cavité glénoïde (Tillaux).

La peau du moignon de l'épaule reçoit, outre les

filets terminaux des branches sus-claviculaire et sus-acromiale du plexus cervical, le rameau cutané de l'épaule, branche du nerf axillaire. Ce petit rameau joue un rôle important dans la névralgie circonflexe. C'est en effet au niveau de son émergence, dans le lieu où il contourne le bord postérieur du deltoïde, que se trouve le point douloureux vraiment caractéristique de l'affection que nous étudions. Déjà l'importance de ce rameau nerveux avait été mise en relief par M. Th. Anger. On sait que les luxations de l'épaule s'accompagnent souvent, au moment même de leur production, de paralysie du deltoïde, due soit à une contusion du circonflexe produite par le mécanisme que nous avons déjà exposé, soit à la distension de ce nerf.

Il y a un intérêt majeur à reconnaître dès l'abord une paralysie de ce genre, dans la crainte qu'elle ne soit mise plus tard par les intéressés sur le compte des manœuvres de réduction. Pour élucider ce point de pronostic M. Th. Anger a eu l'idée ingénieuse de vérifier au moment de l'accident l'état de sensibilité du territoire cutané de ce rameau nerveux. Quand le deltoïde est paralysé, la peau correspondante est privée de sensibilité. Dans la névralgie que nous étudions ce territoire est au contraire le siège d'une hyperesthésie marquée. Nous avons recherché le point précis où le rameau cutané de l'épaule contourne le bord postérieur du muscle deltoïde pour devenir

sous-cutané ; ce point est variable ; tantôt il siège vers la partie moyenne du bord postérieur du muscle, tantôt il est plus rapproché de l'insertion scapulaire du deltoïde.

Le muscle deltoïde constitue à lui seul presque toute la masse musculaire de la région, à laquelle il communique une forme arrondie. Peu appréciable chez les femmes et les individus débiles, il forme chez les hommes fortement musclés un relief assez accusé. Son bord antérieur est facile à trouver ; il est marqué par un sillon qui s'étend du tiers externe de la clavicule à la partie moyenne de l'humérus, sillon qui a pourèvre interne le bord supérieur du muscle grand pectoral, et qui loge la veine céphalique. En arrière le deltoïde se continue dans la fosse sous-épineuse sans ligne de démarcation bien nette (Richet). Cependant chez les individus fortement musclés, le bord postérieur se dessine sous la peau avec assez de netteté quand on engage le sujet à porter le bras dans l'abduction et l'élévation. Souvent la partie inférieure de ce bord postérieur est seule nettement accusée ; on voit alors au niveau de l'attache humérale du deltoïde deux sillons divergeant en haut, comme les deux branches d'un V. Le sillon postérieur bien que peu étendu suffit cependant à indiquer la direction du bord correspondant du muscle deltoïde. On peut encore, même chez les femmes grasses, déterminer exactement la position de ce bord postérieur ; il suffit

pour cela, le bras du sujet étant élevé, de saisir entre le pouce et l'index tout le moignon de l'épaule et de ramener les doigts de dedans en dehors ; à un moment donné, le pouce, placé en arrière, tombe dans une dépression qui a pour limite antérieure le bord scapulaire du deltoïde. Si nous insistons sur ces points de repère, c'est que leur connaissance nous paraît indispensable pour procéder à la recherche du point deltoïdien, lequel, nous le répétons, siège à une hauteur variable le long du bord postérieur du deltoïde. Au-dessous de ce muscle, on trouve en arrière les muscles sous-épineux et petit rond, ou plutôt la portion tendineuse de ces muscles. Le nerf circonflexe, nous l'avons vu plus haut, passe sous le petit rond, avant d'aborder la face profonde du deltoïde. Ce nerf est donc en ce point plus protégé qu'en dehors, où il rampe dans une couche cellulaire en compagnie de l'artère circonflexe postérieure. Il repose alors sur la capsule articulaire et le col chirurgical, et n'est recouvert que par le deltoïde, dont l'épaisseur est variable. En avant, on trouve au-dessous du deltoïde le tendon de la longue portion du biceps avant sa pénétration dans la coulisse bicipitale, le tendon de la courte portion, le tendon du coraco-brachial et celui du petit pectoral qui s'attachent à l'apophyse coracoïde (Tillaux). Ces muscles étant interposés entre la partie terminale du nerf axillaire et le col chirurgical de l'humérus, la compression en

ce point est donc moins directe ; aussi la pression chez les individus atteints de névralgie du circonflexe ne détermine-t-elle en cet endroit qu'une douleur obtuse ; nous verrons qu'il n'en est pas de même à la partie externe du moignon de l'épaule.

De la capsule articulaire et de l'articulation de l'épaule, qui forment le plan profond de la région scapulo-humérale, nous ne nous en occuperons que pour rappeler que quelques filets terminaux du circonflexe viennent se rendre et s'épanouir dans l'épaisseur du ligament capsulaire. Ce détail anatomique pourrait être invoqué pour expliquer certaine gêne, certaine difficulté des mouvements de l'épaule signalée par les auteurs dans l'histoire de la névralgie cervico-brachiale.

Ici se terminent les considérations anatomiques que nous désirions présenter. Avant de passer à l'étude proprement dite de la névralgie circonflexe, nous croyons utile de faire connaître les faits particuliers qu'il nous a été donné d'observer ; nous y joindrons quelques observations empruntées aux auteurs.

OBSERVATIONS

Parmi les observations que nous allons présenter, il en est dans lesquelles la lésion est restée limitée au nerf circonflexe. Nous les citerons en premier lieu, comme les plus propres à donner une idée exacte de la maladie.

OBSERVATION I.

(Communiquée par M. Leprévost, interne des hôpitaux.)

Névralgie isolée du nerf circonflexe droit ; durée, un mois ; guérison par l'application d'un vésicatoire morphiné au niveau du point deltoïdien.

Madame J..., âgée de 50 ans, s'est présentée dans le courant du mois d'avril à la consultation externe de médecine à l'hôpital Beaujon. Elle se plaignait d'une douleur vive siégeant à l'épaule droite, s'exaspérant par les mouvements articulaires à tel point que tout travail lui était impossible. On lui prescrivit six douches de vapeur. Huit jours après, cette dame se présenta de nouveau à la consultation : elle n'avait éprouvé aucune amélioration ; après un nouvel examen, le médecin lui donna le conseil de s'adresser à la consultation de chirurgie. Admise aussitôt dans la salle Sainte-Clotilde, et couchée au n° 34 bis, service

de M. le Dr Tillaux, cette femme nous raconte ainsi son histoire.

Elle est employée dans une fabrique de passementerie ; sa santé générale a toujours été bonne ; jamais elle n'a eu de rhumatismes, ni de fièvres intermittentes ; aucun antécédent syphilitique à relever. Cette femme est mariée ; elle a eu trois enfants, tous en bonne santé. Depuis 7 ans elle a cessé d'être réglée. Elle a ressenti, il y a environ un mois, au moment où elle balayait son atelier, dont les fenêtres étaient grandes ouvertes, une douleur extrêmement vive dans le moignon de l'épaule droite. Cette douleur se calma au bout de quelques instants et la malade se remit au travail, qu'elle dut bientôt interrompre. La douleur était continue, mais augmentait d'intensité, dès qu'un mouvement, même léger, était imprimé à l'articulation. Le lendemain et les jours suivants cette femme ne put reprendre son travail, et eut recours aux cataplasmes laudanisés pour combattre les douleurs de l'épaule. Depuis cette époque, la douleur s'est un peu atténuée, mais elle persiste cependant, plus vive à certains moments, augmentée par la pression sur le moignon de l'épaule et les mouvements articulaires. La malade ne souffre pas plus la nuit que le jour.

Etat actuel, 6 mai. — Le moignon de l'épaule n'offre aucune déformation appréciable ; seulement l'état d'embonpoint est tel qu'il est difficile de con

stater la présence de la tête humérale dans sa position normale; une exploration attentive permet cependant d'affirmer qu'il n'y a point de luxation, ni de fracture. Tous les mouvements sont possibles, mais très douloureux; aussi la malade tient-elle son bras appliqué contre le tronc dans une immobilité absolue.

La pression au niveau du moignon de l'épaule est très douloureuse, surtout au niveau de la face externe; mais la douleur est moins vive dans la partie supérieure et inférieure du deltoïde qu'au niveau de sa partie moyenne. La pression au pourtour de l'acromion ne provoque aucune douleur.

L'exploration du bord antérieur du deltoïde ne détermine aucun symptôme douloureux. Cependant en pressant un peu en dedans et au-dessous de l'apophyse coracoïde, on produit une douleur peu intense. Il n'en est pas de même au niveau du bord postérieur du deltoïde : explorant celui-ci de haut en bas, on rencontre un point nettement circonscrit et très limité, où la pression brusque provoque une douleur très-vive, sans irradiations. Dès que le doigt arrive à ce niveau, la malade se plaint et cherche à se dérober à l'examen. Ce point douloureux est situé à trois travers de doigt au dessous de l'acromion, sur le bord postérieur du deltoïde. Si on soulève ce muscle en le pinçant entre le pouce et l'index, on ne détermine point de douleur; mais si on se contente de promener

sur la face externe du moignon de l'épaule, la pointe d'une épingle, on trouve une zone d'hyperesthésie très manifeste. Cette zone est peu étendue, ne remonte pas en haut jusqu'à l'acromion et ne dépasse pas inférieurement l'insertion humérale du deltoïde.

Prescription : application, pendant six heures, d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de cinq francs, au niveau du point douloureux ; ensuite pansement avec un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Le lendemain mieux sensible ; la malade peut remuer le bras, mais les mouvements sont encore douloureux ; elle a dormi pendant la nuit.

Le 8 et le 9 mai, nouveau pansement avec un centigramme de chlorhydrate de morphine. Amélioration manifeste : le point douloureux a disparu ; encore une légère douleur pendant les mouvements ; la malade demande à quitter l'hôpital.

OBSERVATION II.

(Recueillie par M. Gendron, interne des hôpitaux).

Névalgie circonflexe ; points douloureux.

Au mois d'avril 1882, X..., est amenée par sa mère à la consultation externe de M. le D^r Labbé à l'hôpital Beaujon. C'est une jeune fille de 18 ans, bien portante, qui depuis quelque temps se plaint de souffrir de l'épaule gauche et ne peut se servir de son membre à cause surtout de la douleur que réveillent

les mouvements. On ne peut préciser sous quelle influence s'est produit cet état ; elle a déjà été traitée en ville avec un large vésicatoire et la teinture d'iode.

On peut s'assurer par l'interrogatoire que, antérieurement ou depuis le début de l'affection qui l'amène, la malade n'a jamais éprouvé de symptômes analogues au niveau des différentes jointures. En même temps on peut constater par de légers mouvements imprimés à l'articulation que celle-ci est libre et n'est pas le siège de la douleur ; le pincement du muscle deltoïde n'est pas douloureux, comme dans le cas de rhumatisme musculaire ; la région n'offre aucune trace de déformation ou d'empâtement. Mais en explorant méthodiquement le moignon de l'épaule avec la pulpe du doigt on découvre plusieurs points au niveau desquels la pression réveille une vive douleur ; ces points sont en avant sous le bord antérieur du deltoïde au-dessous et au-dedans de l'apophyse coracoïde, et surtout en arrière sur le bord postérieur où en un point très circonscrit la pression avec une pointe mousse, comme une sonde métallique, provoque une douleur très vive. D'autre part l'examen comparatif des deux côtés révèle un certain degré d'hyperesthésie de la peau sur toute l'épaule gauche. A ces signes et en particulier à la répartition si nette de la douleur, on ne peut songer à autre chose qu'à une névralgie du nerf circonflexe. La prescription consiste

simplement à faire couvrir l'épaule d'ouate et à y pratiquer des frictions avec un liniment belladonné.

Nous n'avons pas revu cette malade.

Dans les observations qui suivent, la névralgie ne s'est pas limitée au nerf circonflexe, elle a gagné ou atteint simultanément la plupart des branches terminales du plexus brachial. Bien que les caractères, propres à la névralgie des nerfs circonflexes, disséminés au milieu des autres symptômes, apparaissent moins nettement que dans les faits précédents, il n'en est pas moins facile de reconnaître le rôle du nerf circonflexe, comme point de départ ou principal intéressé.

OBSERVATION III.

(Empruntée à la thèse de F. Michel).

Névralgie rhumatismale, causée par l'influence du froid humide et occupant surtout le nerf circonflexe; traitement par l'électricité; guérison.

Le capitaine F..., officier d'artillerie distingué, revint, après la campagne de Crimée, habiter Paris. Petit, mais fortement constitué, il était à son retour âgé de 28 ans. Il me consulta pour des douleurs qu'il ressentait à l'épaule droite; il avait couché tout un hiver à peu près sur la dure, au milieu des neiges. — Je crus d'abord à un rhumatisme; les douleurs pa-

raissaient diffuses et surtout très intenses vers le deltoïde.

Le chloroforme employé localement, les ventouses sèches, puis scarifiées, le massage, rien ne réussissait; les bains de vapeur ne faisaient qu'exagérer les douleurs. Au bout de dix jours environ, je m'aperçus que le deltoïde était moins douloureux; peu à peu il cessa de l'être, et il ne resta plus que le point deltoïdien indiqué par Valleix, et d'où partait une irradiation très douloureuse, qui contournait très exactement l'humérus. En même temps le bras et, surtout le moignon de l'épaule étaient le siège d'une douleur sourde, sorte d'engourdissement qui devenait plus fort à certaines heures, sans que l'on pût invoquer la fatigue pour cause. — Cet officier avait de plus de temps à autre depuis son retour quelques violents accès de gastralgie.

Je résolus d'employer l'électricité : pendant quinze jours elle le fut avec régularité et persévérance; de jour en jour le malade éprouva du soulagement; l'engourdissement disparut, puis les élancements; et après quinze jours de traitement, il put reprendre son service. J'ai eu l'occasion de le revoir depuis, le mal n'a pas reparu.

OBSERVATION IV (personnelle).

Nous n'avons examiné le malade qui fait l'objet de cette observation que 10 jours après son accident. Nous devons à l'obligeance de M. Matton, élève du service de M. Tillaux, la connaissance des antécédents de notre malade et des commémoratifs de son affection.

X..., employé d'église, âgé de 45 ans est tombé d'une échelle pendant son travail, son épaule droite a porté sur les dalles et s'est luxée. Cet accident s'est produit le 16 juin ; le lendemain il vient à la consultation de l'hôpital Beaujon et l'interne de service, M. Leval-Picquechef, reconnaît une luxation sous-glénoïdienne qu'il réduit aussitôt et sans grande difficulté. Le bras est placé dans une écharpe que le malade doit conserver pendant 18 jours. Au bout de ce temps, le 6 juillet, il vient de nouveau à la consultation ; l'écharpe est enlevée, mais le malade se plaint d'un engourdissement, d'un affaiblissement de tout le membre supérieur. On lui prescrit des frictions et on l'engage à faire exécuter des mouvements dans l'épaule malade.

Le 10 juillet, il se présente de nouveau ; c'est alors que nous avons l'occasion de l'examiner : le membre supérieur repose inerte ; le malade ne peut lui imprimer aucun mouvement de totalité ; on voit cepen-

dant que les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont possibles bien qu'amoindris. Le malade se plaint en outre de douleurs vives, soit spontanées, soit provoquées ; c'est surtout les mouvements qu'on tente d'imprimer à l'épaule qui le font le plus souffrir.

La recherche des points douloureux nous a permis de reconnaître qu'il en existait ; le plus intense, sur le bord postérieur du muscle deltoïde, un peu au-dessous de la partie moyenne ; un autre vers le milieu de muscle, un troisième dans la partie supérieure du sillon pectoro-deltoïdien. D'autres points moins douloureux se trouvent dans la gouttière de torsion de l'humérus, le long du bord interne du biceps-brachial, dans la gouttière épitrochléenne.

M. Tillaux prescrit des séances d'électricité répétées trois fois par semaine.

Nous n'avons pas revu le malade.

OBSERVATION V.

(Communiquée par M. Leprévost, interne des hôpitaux.)

Néuralgie cervico-brachiale ayant débuté par le circonflexe ; pas de cause appréciable ; amélioration notable par l'application d'un vésicatoire volant.

Madame Manc..., 50 ans, marchande de vin, se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon ; après un examen sommaire, on lui donne le conseil de ve-

nir dans le service de M. Tillaux, où un examen plus complet pourra être fait. Elle se présente salle Ste-Clotilde le 11 juin.

Cette dame est malade depuis deux mois. Elle est est veuve sans enfants et a vu cesser ses règles il y a quatre ans ; jamais de rhumatismes, ni de fièvres intermittentes, pas de syphilis. Elle est forte et vigoureusement constituée.

Elle raconte qu'il y a deux mois environ elle fut prise, sans cause appréciable, au moment où elle portait le bras en arrière pour abaisser la pointe de son fichu, d'une douleur dans l'épaule droite, douleur qui ne l'a pas quittée depuis, malgré l'emploi de douches de vapeur, et d'un liniment calmant prescrit par un pharmacien. Les douleurs sont continues et paroxysmiques : un mouvement, une pression quelconque les réveillent. Elle éprouve dans l'épaule des élancements et une sensation de froid ; depuis 10 jours environ les douleurs de l'épaule se sont irradiées au bras et au cou, mais c'est toujours l'épaule qui reste le point le plus sensible.

Etat actuel : Aucun gonflement, aucune déformation dans la région malade ; aucun changement dans la couleur des téguments ; pas d'élévation thermique appréciable. La pression détermine une douleur vive : 1° au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde ; 2° à la partie moyenne du bord postérieur du deltoïde, où la douleur est intensé ; 3° à la partie

moyenne de la face externe du moignon de l'épaule sur une étendue de 4 centimètres environ ; 4° au niveau du pli du coude, sur le bord interne du relief du long supinateur ; 5° à la face interne et supérieur de l'humérus le long du coraco-brachial. Pas de point cubital ni de point apophysaire. Les mouvements d'élévation de l'épaule sont presque impossibles, mais si on cherche à faire mouvoir l'humérus autour de son axe vertical, on ne provoque aucune douleur. On note, au niveau du moignon de l'épaule, une sensibilité exagérée de la peau, mais cette hyperesthésie est diffuse et sans limites précises.

Prescription : Application d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de cinq francs au niveau du point douloureux du bord postérieur du deltoïde ; pansement quotidien avec 0,01 de chlorhydrate de morphine.

Entourer la région scapulo-humérale d'une couche de ouate.

Le 18, nous revoyons la malade ; amélioration très-notable ; cependant les points douloureux persistent atténués, mais notables : les mouvements sont encore pénibles. Nouveau vésicatoire sur le même point.

Nous n'avons pas revu la malade.

OBSERVATION VI.

(Empruntée au Traité des névralgies de Valleix, p. 285).

Névralgie cervico-brachiale gauche; grand nombre de points douloureux; emploi de vésicatoires volants; guérison.

Le 7 novembre 1840, s'est présenté à la consultation du Bureau central, une femme, âgée de 58 ans, d'un embonpoint considérable. Elle est sujette aux étouffements et aux étourdissements; jamais elle n'a eu de douleurs. Depuis six mois elle a des attaques d'hystérie bien prononcées; ces attaques durent environ deux heures et ont eu lieu 30 ou 40 fois. Du reste, tous ses sens sont intacts et ses fonctions s'exécutent bien.

Elle a cessé d'être réglée il y a trois ans. Elle a eu deux enfants. Il y a quinze jours cette femme fut prise de vives douleurs dans l'épaule gauche, qui furent accompagnées d'élancements insupportables, et qui restèrent fixées en ce point pendant deux jours; puis elles envahirent successivement le bras et le cou du même côté.

État actuel. — Il existe une douleur permanente occupant le cou, l'épaule et le bras du côté gauche. La pression exercée sur ces parties y fait reconnaître les points douloureux suivants :

1° En dehors des 3°, 4°, 5°, 6° et 7° vertèbres cervicales, point douloureux de 2 ou 3 centimètres de large, et haut de 6 à 7 centimètres ;

2° Un peu en arrière de la réunion de l'apophyse acromiale et de la clavicule, point douloureux ;

3° A la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde, douleur sur un espace haut de 4 à 5 centimètres ;

4° Sous l'aisselle, sur le bord interne de l'humérus, point très douloureux de 3 ou 4 centimètres d'étendue ;

5° Un autre également très douloureux, étendu de 2 à 3 centimètres sur l'épitrôchlée ;

6° Un semblable pour l'étendue et la violence au-dessus et en avant de l'apophyse styloïde du cubitus ;

7° Un point de 2 à 3 centimètres de hauteur à l'endroit où le nerf radial contourne l'humérus ;

8° Enfin, la pression est très douloureuse dans les deux derniers doigts, mais à un bien plus haut degré à leur extrémité et dans leur pulpe.

Les élancements partent du cou et de l'épaule pour se porter à l'extrémité des doigts. Ils n'ont ordinairement lieu que deux ou trois fois dans un quart d'heure. Quelquefois la malade en éprouve de semblables dans le membre inférieur. Les mouvements du bras sont très difficiles ; ils occasionnent une vive douleur dans l'épaule, au point que la malade craint que son bras ne soit paralysé. Nulle douleur dans les efforts de toux ; céphalalgie générale ; pas de fièvre.

Traitement : une pilule d'extrait thébaïque ; deux vésicatoires, l'un au cou, l'autre à la partie supérieure et interne du bras, dans le creux axillaire.

10 novembre. — La malade n'a appliqué qu'un seul vésicatoire, c'est celui du creux axillaire. Le point douloureux du cou et celui du deltoïde ont disparu, ainsi que celui qui siégeait au point où le nerf radial contourne l'humérus. Les doigts en sont exempts. La pression est encore douloureuse, mais à un degré moindre au point acromio-claviculaire, sous l'apophyse styloïde du cubitus, et dans la paume de la main, sur l'éminence hypothénar.

Les mouvements du bras et des doigts sont plus faciles, il reste encore un peu d'engourdissement dans ces derniers ; les élancements sont beaucoup moins forts ; ils n'ont lieu que deux ou trois fois par jour. L'amélioration est des plus marquées, et la malade, qui s'affligeait beaucoup, se regarde maintenant comme guérie.

État général satisfaisant, seulement constipation depuis trois jours. — Eau de sedlitz ; vésicatoire sur l'épaule.

OBSERVATION VII.

(Empruntée à la thèse de F. Michel) (1).

Névralgie brachiale circonflexe, aiguë, essentielle, attribuable à l'action prolongée du froid humide ; emploi des scarifications morphinées ; guérison immédiate et durable.

Un jeune homme de 28 ans, garçon boucher, for-

(1) Observation pour servir à l'histoire de la névralgie du membre supérieur, thèse de Paris, 1858.

tement constitué, se présente, dans le courant de 1854, dans le service de M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis. Ce malade n'a eu aucune maladie antérieure; il assure n'avoir jamais eu ni syphilis, ni blennorrhagie. Il vient à l'hôpital pour être traité de vives douleurs qu'il ressent dans l'épaule gauche et le bras. Ces douleurs s'irradient depuis la partie postérieure de la clavicule jusque dans l'aisselle, passent au-devant du moignon de l'épaule, et la contournent d'avant en arrière pour se perdre vers la partie inférieure du bras. Les points post-claviculaire, deltoïdien et axillaire de Valleix sont très douloureux à la pression. Ces douleurs, qui s'accompagnent d'une sorte de demi-paralysie du bras, n'ont rien de périodique; elles sont essentiellement limitées aux points indiqués. D'ailleurs, pas de fièvre, état général excellent.

Le malade rappelle qu'il habite une chambre humide depuis quelque temps.

Les frictions simples et irritantes, les bains, les vésicatoires volants sont successivement employés sans enlever en aucune façon les douleurs.

Après un mois de tentatives réitérées, Malgaigne se décide à user du traitement suivant : 60 scarifications furent faites sur le moignon de l'épaule malade, surtout aux points douloureux et le long du trajet des principaux nerfs, et de la morphine en poudre fut introduite avec une lancette dans ces 60 piqûres. Le succès fut complet; la névralgie se calma immédiate-

ment et ne reparut plus. J'ai revu le malade à trois années de là, en 1857, et jamais il ne s'était ressenti de sa névralgie, mais il avait eu le soin de prendre un logement plus sain.

OBSERVATION VIII (1).

(Empruntée à la thèse de F. Michel).

Névralgie, scapulalgie, résection de l'os de l'épaule; persistance de la névralgie.

M..., âgée de 43 an marchande, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, n° 22, dans le service de Follin, le 19 mai 1856, pour y être traitée d'une scapulalgie.

Cette femme est blonde, d'un tempérament essentiellement nerveux; elle a eu souvent des maux de dents, des migraines, des gastralgies. Souvent elle s'est refroidie en exerçant son métier de marchande ambulante. Elle a eu 9 enfants, dont il ne reste que 2; sa mère est morte en couches; son père, après des chagrins prolongés, paraît être mort de la poitrine.

Dans les deux premiers jours de son entrée dans le service de chirurgie, on la traita par des moyens mé-

(1) Nous avons longtemps hésité à reproduire cette observation; l'obscurité est, en effet, le moindre de ses défauts. Nous avons pensé cependant qu'elle pouvait trouver place ici, comme exemple de névralgie circonflète, symptomatique, d'une tumeur blanche de l'épaule.

dicaux, tels que sangsues, cataplasmes, opium à l'extérieur, vésicatoires, cautérisation ponctuée.

Le 1^{er} octobre, Follin réséqua la cavité glénoïde de l'omoplate, la tête et une portion de la diaphyse de l'humérus, équivalente à 3 centimètres de longueur.

La cautérisation avait précédé de 5 semaines l'opération; depuis cette époque elle avait ressenti des douleurs névralgiques, analogues à celles qui persistent depuis. La cautérisation n'ayant eu lieu qu'au 3^e degré, sur des points différents et en évitant le plus possible le trajet des nerfs, ne pouvait avoir ici d'importance comme causalité. Lorsque l'opération fut faite, la malade cessa de souffrir de ses douleurs pendant trois semaines; puis elles revinrent tout à coup très violentes, au point d'égarer la raison. Ces douleurs survenaient presque toujours la nuit par accès, mais régulièrement. De l'épaule, les douleurs s'irradiaient vers le poignet en suivant particulièrement le nerf radial. Les nerfs superficiels ne paraissaient pas affectés; les douleurs ne disparurent pas malgré l'emploi interne et externe des calmants.

Une troisième catégorie d'observations nous reste à étudier. Elles ont pour objet une névralgie généralisée à tout ou partie du plexus cervico-brachial.

sans que le nerf circonflexe soit plus vivement atteint que les autres branches nerveuses. Dans la plupart de ces observations, il n'est même point fait mention du circonflexe. Celles-là nous les avons rejetées, ne retenant que celles qui ont trait à notre sujet, pour en extraire la partie relative à la névralgie axillaire.

Sur les 36 observations de névralgie cervico-brachiale, renfermées dans la thèse de F. Michel (1), trois seulement portent pour titre : névralgie circonflexe. Dans six cas le nerf circonflexe est atteint au même titre que les autres branches du plexus brachial. Dans toutes les autres observations, ou bien le circonflexe n'était pas intéressé, ou bien sa névralgie a été passée sous silence.

OBSERVATION IX.

Femme âgée de 45 ans, syphilitique, ayant une névralgie du médian. On trouvait plusieurs points douloureux, surtout au-dessus du deltoïde et au pli du coude, avec élancements très vifs, surtout la nuit ; engourdissement de tout le membre. Guérison par l'administration quotidienne de 1 gramme d'iodure de potassium.

(1) Observations pour servir à l'histoire de la névralgie cervico-brachiale, thèse de Paris, 1858.

OBSERVATION X.

Femme de 32 ans, lymphatique, ayant une névralgie brachiale, avec points douloureux le long de la colonne cervicale, sur les branches accessibles du plexus brachial, au-dessus de la clavicule et entre le muscle trapèze et les scalènes, et sur le trajet des nerfs médian, cubital et radial. La pression d'ailleurs déterminait une douleur plus ou moins vive, des mouvements convulsifs dans la plupart des muscles animés par le plexus brachial : ainsi, le pectoral, le trapèze, le deltoïde, et les fléchisseuses du bras et de l'avant-bras ; la peau qui recouvrait les parties atteintes de semblables convulsions offrait en même temps une sensibilité exagérée, une véritable hyperesthésie.

OBSERVATION XI.

(Publiée par Valleix, Gazette des hôpitaux, 29 avril 1852).

Névralgie et semi-paralysie du côté droit.

Homme de 40 ans ; la maladie débute par un sentiment de gêne et de faiblesse dans l'épaule, s'étendant peu à peu au bras. Points douloureux à la partie supérieure du deltoïde.

OBSERVATION XII.

(Valleix : Traité des névralgies).

Névralgie cubitale.

La douleur a débuté à la partie inférieure du cou, a gagné l'épaule et s'y est fixée ; elle s'accompagne d'élançements très douloureux qui partent du creux axillaire, passant au-devant du moignon de l'épaule, la contournant en remontant, pour se porter ensuite au côté gauche du cou.

OBSERVATION XIII.

(Valleix : Traité des névralgies, p. 289).

Névralgie brachiale aiguë chez une femme âgée.

Points douloureux multiples ; cause bien constatée de froid humide ; récidive en s'exposant aux mêmes causes. Vésicatoires. Guérison. Douleurs vives à la pression :

- 1° A la partie moyenne et supérieur du deltoïde.
- 2° Au-dessous de l'attache inférieur de ce muscle.

OBSERVATION XIV.

(Valleix : Traité des névralgies, p. 285).

Névralgie brachiale gauche ; grand nombre de points douloureux ; vésicatoires volants ; guérison.

Femme âgée de 58 ans, hystérique ; douleur per-

manente occupant le cou, l'épaule et le bras du côté gauche. La pression est douloureuse : 1° en dehors des 3° 4° 5° 6° 7° vertèbres cervicales ; point douloureux de 2 à 3 centimètres de large et haut de 0,06 à 0,07 ; 2° à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde, dans une hauteur de 4 à 5 centimètres.

On voit, par ces analyses succinctes, que les symptômes de la névralgie circonflexe peuvent être plus ou moins atténués ; mais qu'ils conservent en réalité les mêmes caractères que la névralgie soit étendue au plexus brachial tout entier ou limitée au seul nerf axillaire.

Si abrégées qu'elles soient, ces observations aident par conséquent à la description de la névralgie circonflexe.

ETIOLOGIE.

Nous ne voulons point passer en revue dans ce chapitre les causes prédisposantes qui peuvent favoriser l'éclosion de la névralgie circonflexe. A cet égard, l'affection que nous étudions ne présente aucune particularité notable ; et l'on pourrait répéter, à

propos de la névralgie circonflexe, tout ce qui est écrit partout au chapitre de l'étiologie des névralgies en général. Causes banales pour la plupart, qui peuvent avoir, il est vrai, avec la maladie générale un lien plus ou moins étroit, mais qui restent sans influence sur sa localisation. Nous verrons en effet, en parcourant nos observations, que la plupart ont trait à des femmes, dont quelques-unes étaient arrivées à l'âge de la ménopause; nous verrons qu'une était manifestement entachée de syphilis; qu'une autre était hystérique. Toutes ces considérations peuvent, à la rigueur, nous expliquer pourquoi ces malades avaient des névralgies, mais elles ne nous apprennent pas pourquoi ces névralgies se sont cantonnées dans le plexus brachial, ou même limitées au nerf circonflexe.

Il ne nous a pas toujours été possible de préciser la cause déterminante : le froid humide pourtant est assez souvent signalé dans les observations que nous avons relevées. Ainsi la malade qui fait l'observation I balayait un atelier dont toutes les fenêtres étaient ouvertes; à ce moment elle ressentit subitement une douleur interne dans l'épaule.

Le capitaine F... (obs. III) avait fait toute la campagne de Crimée; il avait beaucoup souffert du froid et avait couché à terre dans la neige pendant tout un hiver.

Le jeune garçon boucher, observé par M. Michel

(obs. VII), est pris de névralgie circonflexe peu à près son installation dans dans une chambre humide, etc., etc.

Le froid paraît donc avoir une influence pathogénique réelle sur la névralgie; mais cette cause n'agit évidemment pas plus sur le circonflexe que sur toute autre branche nerveuse.

Il semblerait que le traumatisme doive agir plus directement, par exemple, dans les chutes sur le moignon de l'épaule, dans les violences qui produisent les luxations. Pourtant dans les observations le traumatisme figure dans une bien minime proportion.

Nous avons examiné à ce point de vue un certain nombre de malades atteints de contusion ou de luxation de l'épaule, réduite ou non réduite. Dans tous les cas nous avons observé dans la région atteinte une douleur plus ou moins violente, plus ou moins diffuse, mais n'offrant pas les caractères et les points circonscrits d'une névralgie. Un seul malade, celui dont l'observation porte le n° IV, présentait les symptômes atténués d'une névralgie circonflexe. Doit-on chercher, dans la variété de luxation dont-il avait été atteint, la cause de cette particularité? La luxation sous-glénoïdienne prédisposerait-elle à la névralgie circonflexe? Nous n'osons l'affirmer, bien que nous ayons présent à l'esprit les rapports du nerf

circonflexe au moment où il s'engage entre la longue portion du biceps et l'os du bras.

La douleur est un phénomène constant dans la tumeur blanche de l'épaule ; elle a même valu à cette affection le nom de scapulalgie. Assez souvent elle affecte le caractère névralgique et présente des points douloureux au pourtour de l'articulation. Tous les auteurs s'accordent à signaler un point particulièrement sensible au toucher sur le côté externe du moignon de l'épaule, à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion (Pingaud et Charcot (1)).

La malade (obs. VIII) atteinte de scapulalgie souffrait dans l'épaule de douleurs affreuses, que la résection des os malades ne put même atténuer.

En résumé les causes prédisposantes et déterminantes de la névralgie circonflexe sont assez obscures. Ce n'est pas à dire qu'il soit inutile de les rechercher ; ce point de diagnostic présente au contraire une importance capitale.

La malade de l'observation IX n'a-t-elle pas guéri avec rapidité, après que, la nature syphilitique de sa maladie étant connue, on lui eut administré de l'iode de potassium.

Bien que nous n'ayons rencontré aucun cas de névralgie circonflexe d'origine palustre, il ne faut pas oublier que cette variété peut s'observer et qu'elle est

(1) Article Scapulalgie du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

justiciable du sulfate de quinine. C'est une considération thérapeutique qu'il importe de ne jamais perdre de vue.

SYMPTOMES ET PRONOSTIC.

Si nous prenions pour type, dans la description que nous allons tenter, la névralgie circonflexe la plus ordinaire, nous n'aurions que peu de choses à ajouter au tableau clinique qui se trouve dans tous les auteurs, au chapitre de la névralgie cervico-brachiale ; et nous ne réussirions certainement pas à retracer exactement la physionomie de l'affection que nous étudions. En effet, dans la névralgie cervico-brachiale proprement dite, le circonflexe peut être intéressé au même titre que les autres branches nerveuses, le cubital, par exemple, qui est le plus souvent atteint ; mais alors les phénomènes douloureux, dont il est le siège, confondus dans la masse des particularités cliniques, restent au second plan et s'effacent devant les symptômes qui prédominent dans le nerf le plus directement atteint. Si néanmoins on prend la peine d'analyser avec soin les phénomènes morbides, de les dissocier, de rechercher et de préciser les divers points douloureux, on arrive sans peine à reconnaître

que la névralgie circonflexe, atténuée ou intense, primitive ou secondaire, isolée ou diffuse, se ressemble toujours à elle-même.

C'est pourquoi, laissant de côté les localisations circonflexes de la névralgie cervico-brachiale, nous ne décrivons dans les lignes qui suivent que la névralgie limitée au nerf axillaire.

Le plus souvent la maladie débute brusquement, par une douleur vive, intense, aiguë, qui a pour siège le moignon de l'épaule. Parfois cette douleur est spontanée; plus souvent elle survient à l'occasion d'un mouvement du membre supérieur. C'est ainsi que notre malade de l'observation I en fut atteinte pendant qu'elle balayait un appartement dont les fenêtres étaient ouvertes; qu'une autre malade, dont nous rapportons l'histoire, ressentit dans l'épaule une douleur subite, qui lui arracha un cri, au moment où elle portait le bras en arrière pour fixer dans le dos, à l'aide d'une épingle, la pointe de son fichu (obs. V).

La douleur une fois installée, devient continue, se fait sentir aussi bien le jour que la nuit; elle est gravative ou continue, exaspérée par la pression et par les mouvements imprimés à l'articulation. Parfois ceux-ci n'occasionnent aucune exaspération de la douleur, ainsi que l'observation II en fournit un exemple. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, et le malade est contraint d'immobiliser le bras le

long du thorax. Valleix avait déjà fait cette remarque, et dans une de ses observations, que nous reproduisons plus haut (obs. VI), il note soigneusement que :
« Les mouvements du bras sont très difficiles ; ils occasionnent une vive douleur dans l'épaule, au point que le malade craint que son bras ne soit paralysé. »

Il n'est donc pas juste de dire avec Grisolle que le rhumatisme musculaire se distingue de la névralgie cervico-brachiale par la difficulté des mouvements et les douleurs que ceux-ci provoquent.

Il est possible que la névralgie circonflexe fasse exception à cet égard ; et on peut se demander si cette anomalie ne doit pas être attribuée à la présence de quelques filets nerveux, qui, ainsi que nous l'avons vu (page 11), émanent du nerf axillaire pour se distribuer à l'articulation scapulo-humérale.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, le fait existe, la douleur est souvent exaspérée par les mouvements imprimés à l'articulation de l'épaule. Ce détail n'est pas sans importance, car il rend compte de certaines erreurs de diagnostic. Quelques-uns de nos malades n'avaient-ils point été adressés par le médecin à la consultation de chirurgie, comme atteints de périarthrite scapulo-humérale ?

Outre ces exaspérations provoquées, les malades se plaignent encore d'élancements intermittents, qui surviennent spontanément sous forme d'élancement

qui sont comme des *éclairs de douleurs*; tantôt ces élancements se produisent en des points nettement limités, tantôt ils s'irradient au loin, suivant de préférence le trajet et les divisions du nerf circonflexe. L'observation du malade de Malgaigne est très démonstrative à cet égard : « Ces douleurs s'irradient depuis la partie postérieure de la clavicule jusque dans l'aisselle, passant au-devant du moignon de l'épaule qu'elles contournent de l'avant en arrière pour se perdre vers la partie inférieure du bras. » (Obs. VII.)

L'officier dont Michel rapporte l'histoire (Obs. III), « souffrait aussi dans l'épaule de douleurs diffuses surtout très intenses au niveau du deltoïde, où l'on constatait le point douloureux indiqué par Valleix, et duquel partait une irradiation très douloureuse, qui contournait très exactement l'humérus, en même temps que le bras et surtout le moignon de l'épaule étaient le siège d'une douleur sourde, sorte d'engourdissement qui devenait plus fort à certaines heures, sans qu'on pût invoquer la fatigue pour prétexte. »

Bien que fréquents ces élancements, ces irradiations douloureuses ne sont pas absolument constants. Il n'en est pas de même des foyers dont ils partent d'ordinaire. Ceux-ci que l'on rencontre dans toutes les névralgies, dont ils forment en quelque sorte la caractéristique, se rencontrent toujours dans

la névralgie du circonflexe dans des points fixes où il faut savoir les découvrir. Valleix avait déjà signalé un de ces points douloureux, et lui avait donné le nom de point *deltoïdien*. Il en place le siège à la partie supérieure et moyenne du muscle deltoïde, au niveau de son insertion acromiale.

Michel et Axenfeld reproduisent les assertions de Valleix sans chercher à les vérifier. Pourtant dans les observations qu'ils rapportent, aussi bien que dans la plupart des faits qu'ils empruntent à Valleix, le point douloureux n'occupe pas toujours le siège que cet auteur avait indiqué. Dans les observations XI et XIII c'est bien à la partie supérieure et moyenne du deltoïde qu'on rencontre le point douloureux. Parfois on en décrit un second au niveau de l'attache humérale du deltoïde, mais dans l'observation XIV, outre un point vertical le long des vertèbres cervicales, il en existait un autre à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen du deltoïde dans la hauteur de 4 ou 5 centimètres ; c'est également en ce point et non à la partie supérieure que nous avons trouvé la douleur chez les trois malades que nous avons pu examiner. Il existait à ce niveau non pas un point, mais bien une ligne douloureuse, longue de 3 ou 4 centimètres et répondant à la face externe du moignon de l'épaule. Nous avons vu qu'en ce point le circonflexe embrasse la circonférence du col chirurgical de l'humérus et qu'il repose immédiatement sur l'os du bras ; tandis

qu'en avant, il est séparé par la longue portion du biceps, le caraco-brachial. Est-ce à cette disposition anatomique qu'il convient de rapporter ce petit fait clinique ? Cela nous paraît très vraisemblable.

Mais il est un autre point douloureux, auquel nous accordons une importance telle que nous considérons sa présence comme pathognomonique de la névralgie circonflexe : nous lui donnons le nom de *point deltoïdien postérieur*. Nous n'en avons trouvé dans les auteurs que la vague mention suivante :

« On a encore signalé un point deltoïdien postérieur. » (Axenfeld.)

Ce point douloureux siège sur le bord postérieur du muscle deltoïde à une hauteur variable : « En explorant le bord postérieur du deltoïde, dit M. Leprévost (obs. I), de haut en bas, on rencontre un point nettement circonscrit et très limité où la pression brusque provoque une douleur très vive sans irradiations. Dès que le doigt arrive à ce niveau, la malade se plaint et cherche à se dérober à l'examen. Ce point est situé à trois travers de doigt au-dessous de l'acromion, sur le bord postérieur du deltoïde. »

Ce point est très circonscrit, dit encore M. Gendron (obs. II) ; la pression avec une pointe mousse y détermine une douleur très vive. La hauteur à laquelle il se trouve n'est pas invariable, mais on peut dire approximativement qu'en général il occupe la partie moyenne, le milieu du bord postérieur du deltoïde. Si nous in-

sistons sur ce point douloureux, c'est qu'il nous paraît avoir une importance réelle, que nous n'accordons ni au point coracoïdien (au-dessus et en dedans de l'apophyse coracoïde), ni au point cervical (en dehors des apophyses épineuses des vertèbres cervicales). Ceux-ci en effet nous paraissent subordonnés à la présence d'une névralgie cervico-brachiale, au même titre que les points radial, cubital, médian, cubito-carpien, etc.

Le point deltoïdien postérieur est vraiment pathognomonique d'une névralgie circonflexe. — Valleix a démontré que les foyers douloureux sont situés dans quatre points principaux du trajet des nerfs :

1° Au point d'émergence d'un tronc nerveux, comme à la sortie des trous sus et sous-orbitaires et mentonnier pour le tri-facial ;

2° Dans les points où un petit filet nerveux traverse un muscle pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient se jeter ;

3° Dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments.

4° Enfin aux endroits où des troncs nerveux, par suite du trajet qu'ils ont à parcourir, deviennent très superficiels.

Or toutes ces conditions se trouvent réalisées pour le rameau cutané de l'épaule. Il suffit pour s'en convaincre de se reporter à l'étude que nous avons fait de ce nerf (page 10 et suiv). Ainsi s'explique naturellement la préférence de la douleur pour le bord posté-

rieur du deltoïde, lieu d'émergence du rameau cutané de l'épaule et siège du point *deltoïdien postérieur*.

Un symptôme que nous trouvons décrit dans la plupart des observations, et qui, pour ne pas appartenir en propre à l'affection qui nous occupe, ne mérite pas moins d'être étudié, c'est l'hyperesthésie de la peau du moignon de l'épaule. Elle se présente avec une fréquence remarquable, et des caractères presque toujours les mêmes. Elle forme une zone dont la topographie est exactement dessinée par les ramifications du nerf cutané de l'épaule à travers les téguments du moignon. Cette zone est peu étendue, ne dépasse guère inférieurement l'insertion humérale du deltoïde, et ne remonte pas en haut jusqu'à l'acromion (obs. I).

Rappelons à ce propos que la partie supérieure des téguments de l'épaule reçoit les filets de la branche sus-acromiale du plexus cervical.

La névralgie circonflexe ne s'accompagne qu'exceptionnellement de mouvements convulsifs musculaires analogues à ceux qui compliquent si souvent la névralgie du trijumeau, et qui ont valu à cette maladie le nom de *tic douloureux*. Nous n'avons relevé qu'un seul exemple de cette complication, et encore s'agissait-il, dans ce cas, d'une névralgie cervico-brachiale. Il s'agissait du femme de 32 ans, lymphatique, chez laquelle la pression sur le trajet des nerfs déterminait

une douleur vive, des mouvements convulsifs dans la plupart des muscles animés par le plexus brachial : le pectoral, le trapèze le deltoïde, etc... La peau qui recouvrait les parties atteintes de semblables convulsions offrait en même temps une sensibilité exagérée, une véritable hypéresthésie (obs. X).

Dans quelques observations nous avons noté une sorte de parésie qui peu à peu envahit le deltoïde et même la presque totalité du membre supérieur.

Parfois aussi quand la névralgie s'est montrée rebelle et dure depuis longtemps, il survient un peu d'atrophie du muscle deltoïde (Dieulafoy).

Le zona ne paraît pas avoir été observé sur le trajet du circonflexe ; au moins les observations que nous avons consultées n'en font pas mention.

Dans un cas, relaté par Michel, les douleurs de la névralgie cervico-brachiale se montrèrent tellement vives et tenaces dans le moignon de l'épaule, qu'elles amenèrent à la longue un dérangement notable dans les facultés intellectuelles du malade.

C'est là la conséquence la plus sérieuse que nous avons rencontrée à la suite d'une névralgie circonflexe. On peut donc dire que cette affection n'est grave que par les douleurs vives et parfois tenaces qu'elle provoque, et aussi par les troubles qu'elle produit à la longue dans la nutrition des muscles de l'épaule, et peut-être dans le fonctionnement de l'articulation scapulo-humérale.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Il semble, d'après la description que nous avons donnée, que le diagnostic de la névralgie circonflexe soit toujours facile; et de fait, cette affection est aisée à reconnaître à la condition toutefois qu'on songe à la rechercher.

Mais on ne s'en préoccupe pas assez souvent : Un malade se plaint de douleurs vagues dans l'épaule; il souffre jour et nuit, ne peut remuer le bras, ni travailler. Son médecin l'examine; la peau est normale; il n'y a pas de déformation, mais les mouvements sont douloureux; il pense au rhumatisme musculaire, prescrit des frictions qui ont peu ou point d'action; ou bien, il prononce le mot d'arthrite et envoie le malade au chirurgien. C'est ainsi que la plupart des malades, que nous avons vus, sont venus demander en *chirurgie* une consultation *médicale* ! C'est là, nous l'avons dit plus haut, une des raisons qui ont déterminé le choix de notre sujet de thèse.

L'erreur la plus ordinaire est celle qui consiste à prendre pour un rhumatisme deltoïdien la névralgie circonflexe. Il existe en effet entre ces deux affections plus d'une analogie : l'une et l'autre sont apyrétiques, s'accompagnent de douleurs, empêchent les

mouvements de l'épaule. Mais dans le rhumatisme le pincement du muscle est douloureux ; les douleurs spontanées ou provoquées sont moins violentes, plus continues, moins paroxystiques et plus diffuses que dans la névralgie ; de plus elles ne présentent point de foyers de points douloureux, et elles cessent presque complètement par le repos.

Les douleurs saturnines, syphilitiques et autres du membre supérieur offrent également une circonscription moins exacte. De plus elles ne s'exaspèrent point par la pression et ne reviennent guère par accès réguliers (Axenfeld).

Les douleurs syphilitiques se font surtout sentir pendant la nuit.

Dans la périarthrite et la scapulalgie au début, les symptômes classiques de l'inflammation, hormis la douleur, font le plus souvent défaut ; pas de gonflement de la région, pas d'élévation thermique appréciable.

Bien plus, ces affections, nous l'avons dit à propos de l'étiologie, s'accompagnent parfois de névralgie, du circonflexe et des autres branches du plexus brachial ; on comprend combien, dans ces cas, le diagnostic est embarrassant, parfois même impossible. C'est par la connaissance exacte des commémoratifs et des antécédents du malade, et surtout par cette considération que dans la névralgie il n'y a pas de contracture vraie, mais simplement douleur et

gène dans les mouvements, c'est par là, dis-je, qu'on arrive au diagnostic.

La contracture est habituelle dans la périarthrite et la tumeur blanche au début ; de plus, dans cette dernière il existe d'ordinaire des douleurs dans l'articulation du coude.

Il importe encore de distinguer celles-ci des douleurs périarticulaires de la névralgie cervico-brachiale.

En résumé le diagnostic de la névralgie circonflexe se fera par la recherche des points douloureux, que nous avons signalés.

Cette recherche ne doit jamais être omise chaque fois qu'en présence d'une affection de l'épaule on ne trouve aucun des signes classiques d'une luxation, d'une fracture ou d'une contusion articulaire. On doit dans ce cas toujours songer à la possibilité d'une névralgie circonflexe.

Celle-ci étant reconnue, un point reste à élucider : Quelle en est la cause ? Ce que nous avons dit au chapitre de l'étiologie nous dispense de revenir ici sur ce sujet, si ce n'est pour insister à propos du traitement sur la nécessité d'un diagnostic étiologique précis.

Combien de névralgies résistant aux médications locales les plus énergiques, qui cèdent à l'emploi méthodique du sulfate de quinine et de l'iodure de potassium ?

Nous ne voulons pas, à propos des névralgies du

circonflexe, passer en revue toutes les médications des névralgies en général. Elles sont, on le conçoit, toutes plus ou moins applicables à l'affection qui nous occupe et n'y rencontrent pas d'indications particulières.

Nous nous contenterons seulement de faire remarquer avec quelle rapidité ont cédé deux névralgies rebelles (obs. I et V) à l'application d'un petit vésicatoire volant, pansé avec du chlorhydrate de morphine, au niveau du point deltoïdien postérieur.

CONCLUSIONS

1° Le nerf circonflexe est souvent atteint de névralgie, soit isolément, soit en même temps que les autres branches du plexus brachial.

2° La névralgie circonflexe reconnaît les causes prédisposantes des névralgies en général. Ses causes déterminantes habituelles sont : le froid humide, les traumatismes, la périarthrite et l'arthrite scapulo-humérale.

3° La névralgie circonflexe isolée a un point douloureux constant et pathognomonique à la partie moyenne du bord postérieur du deltoïde. Ce point

douloureux, que nous appelons point *deltoïdien postérieur*, correspond à l'émergence du rameau cutané de l'épaule.

4° Les autres points douloureux moins importants sont par ordre de fréquence :

a. Une ligne horizontale, croisant la face externe du moignon de l'épaule à deux travers de doigt environ au-dessous de l'acromion.

b. Un point deltoïdien supérieur qui siège à la partie moyenne et supérieure du deltoïde à son insertion acromiale.

c. Un point deltoïdien inférieur, le plus rare, à l'insertion humérale de ce muscle.

5° La névralgie circonflexe empêche, par les douleurs qu'elle provoque, les mouvements de l'épaule, qui se trouve immobilisée.

6° Elle détermine une zone d'hyperesthésie dans toute l'étendue du territoire du rameau cutané de l'épaule.

7° Elle peut être suivie de parésie du deltoïde.

8° Son diagnostic sera facilité par la recherche des points douloureux. Cette recherche ne doit jamais être omise, quand on se trouve en présence d'une affection de l'épaule qui ne présente aucun des signes classiques d'une luxation, d'une fracture ou d'une contusion articulaire.

— 55 —

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Du thorax.

Physiologie. — De la digestion.

Physique. — Mélange des gaz.

Chimie. — Des sels de plomb.

Histoire naturelle. — Des helminthes.

Pathologie externe. — Des varices et de leur traitement.

Pathologie interne. — Des complications et suites de la scarlatine,

Pathologie générale. — De l'hérédité dans les maladies.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps; leur préparation et leur prescription.

Thérapeutique. — Des injections hypodermiques.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale — De la pendaison.

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu, le président de la thèse,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.